

EU SOU O FAVOLAS: UM INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM DENTISTERIA

I AM FAVOLAS: A HEALTH EDUCATION INSTRUMENT IN DENTISTRY

Maria do Rosário Dias¹, João Amaral da Cruz¹, Nádía Leitão Martins¹

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106012>

Resumo

Introdução: uma boa saúde oral torna-se fundamental para a existência de um estado de boa saúde sistêmica. Apesar disso, a cárie dentária constitui-se como um dos maiores problemas de saúde pública dos nossos dias. Nesse sentido, combater a cárie evoca o dever dos profissionais de saúde em *promover o ensino ao doente* para que possam capacitar os doentes-saudáveis de hábitos de higiene oral que previnam o aparecimento desta mesma doença ou a sua recidiva. **Objetivos:** utilização de pictogramas e de macro modelos de modo a promover a cooperação e a participação da criança, reforçando a importância da linguagem não-verbal no *setting* de consulta em Odontopediatria. **Métodos:** foram criados instrumentos originais de Educação para a Saúde (EPS), maioritariamente baseados em pictogramas, destinados a crianças na faixa etária dos 5 aos 7 anos de idade. **Resultados:** a comunicação não-verbal permite a sedimentação de um vínculo relacional entre o Médico Dentista-criança, possibilitando a continuidade do trabalho clínico e a participação ativa da criança. **Conclusão:** a aplicação de pictogramas lúdicos em crianças, na consulta de Odontopediatria, constitui-se como uma mais-valia no âmbito da Educação para a Saúde Oral, promovendo uma perspectiva doentocêntrica, bem como o incremento do papel ativo e participativo do doente no *setting* terapêutico.

Palavras-chave: *setting* terapêutico, educação em odontologia, odontopediatria, assistência odontológica para crianças.

INTRODUÇÃO

Uma boa saúde oral torna-se determinante para a existência de uma boa saúde sistêmica do indivíduo. A cárie dentária constitui-se como um dos maiores problemas de saúde pública dos nossos dias, uma vez que afeta grande parte da população mundial, influenciando a qualidade de vida, o bem-estar geral e a saúde sistêmica dos indivíduos; nomeadamente, 60% a 90% das crianças em idade escolar¹. Contudo, a subjetividade percebida da dor e o medo associado ao mal-estar afastam os indivíduos dos consultórios de Medicina Dentária, impedindo a prevenção do alojamento de doenças e a promoção da educação para a saúde oral².

Na verdade, ainda hoje, o medo e a ansiedade vivenciados pelas crianças são fomentados³, quando o dentista é invocado pelas famílias, como marca de um *recurso punitivo-disciplinar* fazendo com que a criança no seu imaginário tema a consulta e os instrumentos clínicos a ela associados, cabendo ao Médico Dentista desmistificar o *culto do temor* do *setting* de consulta ganhando, assim, a confiança da criança³⁻⁶.

A vivência Odontopediátrica da criança é uma experiência baseada na comunicação relacional e

na troca de informação pedagógica entre a criança e o Médico Dentista; deste modo, uma comunicação relacional adequada favorece o vínculo terapêutico Profissional de saúde - Paciente tornando-se essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança e para o apaziguamento da ansiedade da criança⁵. Assim sendo, o ponto fulcral para a criação de uma boa relação Médico Dentista-Paciente Odontopediátrico assenta na capacidade do Médico Dentista para a comunicação relacional⁷. Nesse sentido, para evidenciar a importância da dimensão humanista, revela-se como imprescindível na relação médico-criança² como refere Osler que *"É mais importante saber que espécie de paciente tem uma doença, do que saber que espécie de doença tem o paciente"*⁸.

As cáries dentárias constituem-se como a doença crónica mais enraizada na criança^{9,10} inclusivamente, 61% das crianças entre os 6-12 anos de idade perde um dente ou tem um dente restaurado devido à cárie dentária, sendo que estes dados indicam que a cárie dentária nas crianças, revela-se ainda hoje, como uma tarefa complicada, apesar do sucesso que se tem obtido noutras áreas da dentisteria restauradora^{9,11}.

Em Portugal, o próprio Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) de 2005, define

1 Egas Moniz Centro de Investigação Multidisciplinar em Psicologia da Saúde; Egas Moniz Cooperativa de Ensino Superior, Campus Universitário, Quinta da Granja, 2829-511 Monte da Caparica, Portugal.

Corresponding author: Nádía Leitão Martins. E-mail: nadialmartins@hotmail.com

Suggested citation: Dias MR, Cruz JA, Martins NL. I am Favolas: A health education instrument in dentistry. *Journal of Human Growth and Development*. 25(3): 325-330. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106012>

Manuscript submitted Oct 22 2014, accepted for publication Dec 19 2014.

que a Promoção da Saúde oral se deve iniciar no decurso da gravidez, desenvolver-se ao longo da infância no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, consolidando-se depois no Jardim de Infância e na Escola Básica, através da Saúde Escolar, estipulando como grupo etário prioritário as crianças dos 5 aos 7 anos porque é nestas idades que se verifica a erupção dos primeiros molares, dentes que edificam uma importância fulcral para uma boa função mastigatória¹².

Considera-se, também, crucial atuar nestas idades na prevenção da cárie porque é nestas faixas etárias que a criança começa a frequentar o sistema de ensino básico, bem como começa a adquirir autonomia e capacidade de escolha diferenciada ao nível dos comportamentos alimentares, relevando-se como essencial o papel ativo desempenhado pela educação e pedagogia na saúde, ao delimitar fronteiras de atuação que ajudam a construir hábitos alimentares saudáveis e um modelo positivo de alimentação^{10,13-17}.

O processo de educação para a saúde deve ser iniciado com a perceção da cárie como uma doença multifatorial, despertando no paciente o interesse em promover e manter a sua saúde oral.

Mas o que podemos, eventualmente, fazer para controlar esta doença de iatrogenese comportamental? Alguns estudos demonstram associações estreitas entre a presença de cárie e o comportamento alimentar. Deste modo, os comportamentos alimentares podem ser considerados como fatores de elevado controlo na cárie dentária. Gustafsson e colaboradores (1954) conduziram um estudo acerca de cáries dentárias onde observaram que no grupo de controlo com pacientes que usufruíam de uma dieta rica em gordura, pobre em hidratos de carbono e praticamente livre de açúcar, se verificava uma baixa incidência de cárie. Mesmo que se adicionasse açúcar refinado à dieta, a atividade cariogénica era pouca ou nenhuma. No entanto, quando adicionados caramelos entre as refeições, as lesões cariogénicas aumentaram significativamente, concluindo-se que as cáries aumentam com o consumo de açúcar, especialmente se o açúcar ficar retido na superfície dentária^{10,18}.

Torna-se, então, necessário sensibilizar a criança para uma alimentação saudável não só no sentido de assegurar o desenvolvimento normal das estruturas dentárias, mas também para garantir uma boa saúde sistémica^{10,13,15,16}.

Assim, a cárie dentária constitui-se como um problema de saúde pública, pois afeta a grande maioria da população portuguesa, principalmente crianças e jovens, minorando os níveis de saúde oral da mesma, afetando, consequentemente a qualidade de vida dos sujeitos. Estas doenças são passíveis de serem controladas através da implementação de medidas de promoção na saúde, bem como através da inclusão de estratégias de intervenção que se comprovam como eficazes¹⁹⁻²¹.

Aquando da considerada segunda Revolução da Saúde (1979), nos países desenvolvidos, emerge simbolicamente uma nova epidemia, a epidemia comportamental.

Deste modo, o «germe do modelo biomédico» passa a ser substituído, implicitamente, pela epidemia comportamental e a «vacina» pela mudança do comportamento, relevando-se a importância da criação de instrumentos de educação para a saúde, com o objetivo pedagógico de educar/ensinar o paciente a adotar comportamentos salutogénicos no seu quotidiano. Emerge, também, o conceito de *enabling*, no sentido de capacitar os pacientes, com recurso a estratégias de ensino ao doente-saudável, para a adoção de comportamentos salutogénicos.

Deste modo, a criação de instrumentos pedagógicos de educação para a saúde torna-se basilar, prevalecendo um modelo educacional que implica a transferência de conhecimentos biopsicossociais de especialistas para leigos^{20,22}.

O Odontopediatra assume, também, o papel de educador de saúde, uma vez que participa numa permuta ativa com um ser humano ainda imaturo e em desenvolvimento. O recurso a instrumentos pedagógicos de educação para a saúde, bem como o estabelecimento de uma comunicação relacional Médico-Doente permite, ao mesmo tempo, promover a adaptação da criança ao tratamento odontológico e aos instrumentos clínicos utilizados no decurso da consulta promovendo um comportamento colaborante²³.

Pretendemos, com os nossos instrumentos, promover a participação ativa e a cooperação da criança no *setting* terapêutico de Odontopediatria.

Através do recurso a instrumentos lúdicos, pretendemos, também, ampliar o pensamento simbólico da criança, funcionando como um suporte relacional por excelência no contexto da relação terapêutica. Assim, recorrendo ao “cariz simbólico do brincar”, a criança pode exercitar a aprendizagem de estratégias de confronto de realidades intimidadoras e stressantes, com que se depara no decurso dos tratamentos²⁴.

Assim, objetivamos, com este projeto de educação para a saúde, descrever um novo método com utilização de pictogramas e de macro modelos de modo a promover a cooperação e a participação da criança, reforçando a importância da linguagem não-verbal no *setting* de consulta em Odontopediatria.

MÉTODO

No âmbito do presente artigo, apresentamos instrumentos de Educação para a Saúde (EPS), a ser aplicados em contexto de uma consulta Odontopediátrica com o objetivo de familiarizar a criança com os procedimentos clínicos Médico-Dentários.

A criança passa por diferentes etapas de desenvolvimento psicológico, as quais devem ser estudadas para determinar o seu grau de aprendizagem e raciocínio²⁵. De acordo com os pressupostos conceptuais-Piagetianos do desenvolvimento infantil, entre os 2 e os 6 anos de idade, passa por um estágio denominado de inteligência figurativa, simbólica ou pré-operatória. Esta fase é dominada por quatro características que invadem todo o pensa-

mento da criança, a saber, o animismo, o finalismo, o realismo e o artificialismo. Estas características estão sempre presentes no funcionamento intelectual da criança seja qual for o seu nível de linguagem^{26,27}.

Claro está que, a denominada função simbólica do pensamento não é de natureza puramente verbal e, ainda que os estudos estejam menos avançados neste domínio, existe uma série de sistemas simbólicos pré-linguísticos ou extralinguísticos (imagens mentais, imitação diferida, desenho, jogos simbólicos e simbolismo social) que estão sempre presentes como leitores do pensamento da criança²⁸.

O recurso ao simbólico pode então ser concebido como um processo intrapsíquico que pretende libertar o sujeito da pregnância dos objectos internos e dos fantasmas mais invasivos, servindo como um mecanismo de projecção ou de um espaço continente que possibilita, num segundo momento, uma relação com o Outro, parcialmente liberta desta pressão fantasmática²⁹.



Figura 1: Favolas Feliz

Considerando-se inegável que, a motivação direta no *setting* de consulta ao abrigo de material lúdico-pictórico se constitui como um "Recurso major" para a Educação para a Saúde Oral^{1,20} foi elaborado, numa primeira fase, um macro modelo, em pelúcia, viabilizando a representação de um dente a que demos o nome de "Favolas" (Figura 1), com o objetivo de elucidar a criança sobre os conceitos básicos de cariologia permitindo, simultaneamente, a promoção do interesse e da atenção do paciente enquanto os conceitos cariogénicos são explicitados pelo Médico Dentista em contexto de consulta. O macro modelo permite colar e descolar pictogramas adicionais possibilitando o "contar de uma história" à criança de uma forma simples, dinâmica e pró-ativa (Figura 2). Os pictogramas dos sorrisos diferenciados e os olhos expressivos antropomorfizam a figura do Favolas, um dente que se sente feliz quando está saudável e triste quando tem cárie.

A representação de um dente "Feliz" desenhado como limpo, parece projetar a representação psíquica do próprio sujeito, pois um dente feliz simboliza um "self-feliz", que se manifestará quer na condição do bem-estar em geral, quer pela ausência de dor e sofrimento ou de constrangimentos estéticos passíveis de ocorrer ao nível da autoimagem da criança^{1,9}.

Este instrumento deverá ser aplicado, pelo Médico Dentista, antes da intervenção terapêutica e após a observação clínica da cavidade oral da criança³⁰.

De acordo com um estudo realizado em 2013 por Dias, Simões, Carreira & Ventura, englobando uma amostra de 880 crianças, entre os 4 e os 9 anos de idade, a representação pictórica de um *Dente Saudável* no imaginário da criança indicia sobretudo um dente limpo sem sinais de conspurcação/sujidade, ou quaisquer vestígios de manchas, buracos ou fraturas remetendo para o facto de as crianças percecionarem/associarem cognitivamente um dente limpo a um *Dente Saudável*¹.

Apesar de ser diminuto o número de sujeitos/crianças que em termos de representação simbólica antropomorfizam o seu desenho (9,77% total dos sujeitos), o desenho da figura *Dente Saudável* é retratado com uma aparência feliz, com a anatomia de um rosto humanizado - olhos, nariz e boca - relevando-se a antropomorfização como mais evidente, nos desenhos elaborados pelas crianças que já consultaram, efetivamente, um Médico Dentista¹.

Por outro lado, a representação pictórica de um *Dente Doente*, remete, para uma figura maculada pela presença de buracos e riscos/manchas, com preenchimento, fraturas, associando-se, também, a este perfil a representação pictórica de bactérias, figuradas na subcategoria "bicho"/cárie e, curiosamente, quando o *Dente Doente* é desenhado antropomorfizado, surge retratado como um Dente emocionalmente "Triste"^{1,4}.



Figura 2: Favolas - doente e triste

No boneco "Favolas" a cárie é representada por um bicho de cor escura, na medida em que em estudos empíricos efetuados previamente, a maioria das crianças, ao desenhar a cárie, a representa como um bicho ou como lixo, ou como algo repugnante (Figura 3)⁹.



Figura 3: Pictograma: Bactéria e Cárie

Criámos também um pictograma que pretende representar os vulgares «pensos rápidos», simbolizando o tratamento e o material restaurador (Figura 4).



Figura 4: Pictograma: Tratamento dentário

Adicionalmente e associado ao macro modelo em si foi elaborado um pictograma que representa uma turbina e uma escova de dentes que, usados conjuntamente com o Favolas, permitem explicar, de um modo simples e pedagógico, a importância da higiene na saúde oral (Figura 5).

No estudo de Dias, Simões, Carneira e Ventura¹ 3,41%, do total das crianças, desenhou, associado ao *Dente Saudável*, escovas e/ou pastas de dentes, sendo estes elementos, especialmente nas crianças a partir dos 6 anos de idades, os acessórios mais prevalentes em termos de componentes adicionados. Desta forma, as crianças inquiridas revelam ter o conhecimento básico de que a sua saúde oral depende, invariavelmente, de procedimentos preventivos de higienização¹.

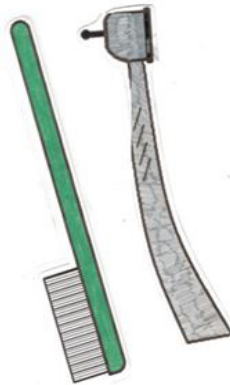


Figura 5: Pictograma: Escova e Turbina

Desenvolvemos então, numa segunda fase, um jogo interativo que consiste em diversos cartões desenhados com recurso a pictogramas coloridos, onde estão desenhados alimentos cariogénicos e não cariogénicos (Figura 6), sendo que a criança, de acordo com conhecimentos vivenciados terá de colocar o respetivo cartão numa das 3 caixas disponíveis: i) caixa dos alimentos cariogénicos (simbolizada com uma cruz vermelha), ii) caixa dos alimentos não cariogénicos (simbolizada com um «certo» verde) e uma terceira caixa onde são colocados os cartões que a criança não sabe se correspondem a alimentos

cariogênicos ou não cariogênicos (simbolizada com um ponto de interrogação amarelo) ou seja dúvidas implícitas que serão esclarecidas no contexto da consulta pelo Odontopediatra (Figura 7).



Figura 6: Cartões dos alimentos/pictogramas



Figura 7: Caixas do jogo dos alimentos

Este jogo deverá ser apresentado à criança, no final da consulta, no sentido de testar/avaliar os seus conhecimentos sobre a cariogenicidade dos alimentos, sendo a sua realização supervisionada pelo Médico Dentista num ato de ensino ao doente após o desenlace final do jogo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tempo de espera é um importante aspecto a focar, pois os tempos de espera superiores a 30 minutos provocam menores taxas de adesão à terapêutica^{25,26}.

O primeiro contacto entre o médico e o paciente é fulcral na sua relação futura, estando a imagem hostil do dentista diretamente relacionada com os procedimentos realizados existindo, por isso, uma necessidade de o Odontopediatra compreender o paciente num contexto de desenvolvimento tendo em conta que, durante a infância, está mais vulnerável e sensível ao ambiente que o rodeia. O que influencia mais este contacto é a linguagem não-verbal^{9,26,31}.

Na psicologia pediátrica desde cedo que se reconhece a importância de aceder aos processos de "mediação cognitiva", isto é, de valorizar os pensamentos, as ideias e a vivência psicoafectiva do

paciente. Reconhece-se que as crenças infantis sobre a saúde e a doença influenciam as atitudes de promoção da saúde e de confronto da doença, mais concretamente no momento do diagnóstico. É necessário ter em conta que a doença produz sensações internas inabituais, sendo que a experiência da doença e dos tratamentos cria na criança a necessidade de compreensão, ou seja, com o objetivo de se adaptar a situações e acontecimentos que está a viver, a criança constrói ideias e teorias^{26,32}. Deste modo, instrumentos lúdico-relacionais, como o "Favolas", constituem-se como representantes simbólicos da realidade clínica-terapêutica vivenciada pela criança em *setting* de consulta.

Atualmente estamos perante uma Medicina Dentária bastante evoluída, tendo ao seu dispor meios técnicos e de diagnóstico que melhoram o seu desempenho, no entanto a relação Médico-Doente apresenta falhas verificando-se uma falência ao nível da interação (mesmo estando a Medicina Dentária mais avançada, simultaneamente, o Médico Dentista e o doente estão cada vez mais distantes, havendo falta de confiança que pode levar ao insucesso do tratamento). Como se pode resolver esta problemática? Através da comunicação, não esquecendo que o paciente é o centro das atenções com sentimentos, emoções, medos e ansiedades e não apenas um conjunto de sinais e sintomas que representam um desafio médico. Ou seja, na grande maioria dos casos, "o médico tornou-se hemiplégico, caminhando apenas com a sua "perna" técnico-científica, com o atrofiamento e crescente paralisação da outra, a da relação humanizada com o seu doente e do seu valor terapêutico". Sendo importante realçar que, a Medicina Dentária continua a ser a especialidade de que as pessoas mais têm medo porque existe uma invasão constante do seu espaço íntimo^{4,31}.

O jogo realizado no final da consulta tem como objetivo testar os conhecimentos da criança de uma forma lúdica e descontraída. A escolha do jogo mostrou-se acertada porque o ato de brincar essencial à vida da criança, a arte de viver³³, cres-

cer, expandir a imaginação e a fantasia, ou seja, é voluntário, espontâneo, natural e exploratório, recrutando, assim, a indispensabilidade de reflexão sobre o uso e aquisição de objetos lúdicos em contextos de saúde²⁹ e o brinquedo facilita e favorece a aquisição de novas conceções, desenvolve a autoestima, a imaginação, a confiança, a criatividade, a percepção e o relacionamento intra e interspíquico^{27,30}.

Consideramos este instrumento de extrema importância, não só pelo carácter pedagógico que representa, mas também porque está presente uma "linguagem silenciosa" através da qual se transmitem significados do mundo interno das crianças, impossíveis de comunicar, manifestamente, através de linguagem falada³⁴.

Nesse sentido, interessa não só informar sobre o risco de prevenir doenças e promover a saúde, mas também saber até que ponto esse conteúdo informativo pode ser percebido e interiorizado pelas crianças.

Na verdade, sabemos que, no contexto da consulta de Odontopediatria, alguns dos comportamentos disruptivos expressos pelas crianças no decurso das consultas, resultam de um ato comunicativo desajustado por parte do Médico Dentista^{26,30}.

Investigações anteriormente realizadas denunciam também a necessidade do profissional de saúde considerar o recurso a pictogramas como uma fonte complementar de informação imprescindível para a literacia dos doentes⁴.

CONCLUSÃO

Consideramos que a aplicação de instrumentos de Educação para a Saúde a crianças, com recurso a pictogramas e macro modelos, na consulta de Odontopediatria, se constitui como uma mais-valia na prática da educação para a saúde, promovendo uma perspetiva angular Médico-Cêntrica, adjudicando ao doente um papel ativo na trajetória terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Dias MR, Simões NP, Silva AR, Morais H, Carreira C, Ventura I. An oral health education project. 26th Conference of the European Health Psychology Society. August 21-25; Praha, República Checa: 2012.
2. Dias MR. A Esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico. Lisbon: Climepsi; 2005.
3. Reis F, Dias MR, Leal IP. A consulta no setting odontopediátrico: a percepção subjectiva do medo. *Análise Psicol.* 2008;2(26):239-50.
4. Reis F, Dias MR, Leal I. A representação mental da consulta de odontopediatria com o recurso ao desenho. In: Teixeira JAC. *Comportamento e Saúde*. Lisbon, Portugal: ISPA; 2011; p. 155-76.
5. Colares V, Amorim FTP, Vasconcelos FMN. O diálogo entre a criança e o dentista: um estudo piloto. *Arq Odontol.* 2003;39(1):27-36.
6. Goês MPS, Domingues MC, Couto GBL, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontol Clín Cient.* 2010;9(1):39-44.
7. Moraes ABA, Sanchez KAS, Possobon RF, Costa Júnior AL. Psicologia em odontopediatria: A contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicol Reflex Crít.* 2004;17(1):75-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000100010>
8. Leite JA, Sandoval JM. O brincar como estratégia comunicativa de promoção da saúde em crianças hospitalizadas. [cited 2015 Sep 22] Available from: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/1/14/O_brincar_como_estrategia_-_Jessyka_e_Maximiliano.pdf
9. Barbieri CM, Frota FDS, Aguiar SMHC. A cárie dentária e a imagem do dentista sob a ótica infantil. *Rev Odontol. Araçatuba*: 2010; 31(1): 16-21.
10. Souza Filho MD, Carvalho GDF, Martins MCC. Consumo de alimentos ricos em açúcar e cárie dentária em pré-escolares. *Arq Odontol.* 2010;46(3):152-9.

11. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (DGS). Estudo nacional da prevalência da cárie dentária na população escolarizada. Portugal: 2008.
12. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (DGS). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa no1/DSE. Lisboa: 2005.
13. Dias MR, Duque AF, Reis MF, Julião RD. Mais olhos que barriga: sobre as preferências alimentares na infância. In: Teixeira JAC. Comportamento e saúde. Lisboa: ISPA; 2011; p.113-20.
14. Limeira A, Lima F, Franca C, Colares V, Grinfeld S. Prevalência de cáries em crianças e cuidadores de uma creche em Recife/PE. *Odontol Clín Cient*. 2010;9(4):325-9.
15. De Lira-Garcia C, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. Preferences of healthy and unhealthy food among 3 to 4 year old children in Mexico. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2012;21(1):57-63.
16. Baskale H, Bahar Z. Outcomes of nutrition knowledge and healthy food. *J Spec Pediatr Nurs*. 2011;16(4):263-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00300.x>
17. Días Ramírez G, Souto-Gallardo MC, Bacardi-Gascón M, Jiménez-Cruz A. Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferència y el consumo de alimentos: revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2011; 26(6): 1250-5.
18. Gustafsson BE, Quensel C, Lanke LS, Claes L, Grahnen H, Bonow BE, *et al*. The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals. *Acta Odontol Scand*. 1954; 11(3-4): 232-64.
19. Dias MR, Duque A, Silva M, Durá E. Promoção de saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*. 2004;22(3):463-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.216>
20. Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(2):115-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000200004>
21. Silva LF. O destino como projeto? Racionalidades leigas de promoção da saúde. *Fórum Sociol*. 2012; 22:1-12.
22. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM, *et al*. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Rev Bras Investig Médica*. 2012;36(1 Supl 1):40-50.
23. Mastrantonio SDS, Gomes AC, Neves LT, Costa B. Manejo do comportamento infantil no consultório odontológico - relato de caso clínico. *JBP Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2004;7(37):230-7.
24. Dias MR, Amorim A, Esteves A, Reis F, Duques AF. Tooth fairy Myth: Child oral health education. Poster Present EACH: Int Conf Healthcare Abstracts ; 5 a 8 setembro de 2006;
25. Marques KBG, Grandvohl MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *Rev Bras Prom Saúde*. 2010;23(4):358-67.
26. Giglio EM, Guedes-Pinto AC, Miranda IMAD, Echeverria S. Princípios da psicologia e sua relação com a odontopediatria. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 8a ed. São Paulo: Santos; 2010; p.145-7.
27. Fakuda CC, Garcia KA, Amparo DM. Concepções de saúde mental a partir da análise do desenho de adolescentes. *Estud Psicol*. 2012;17(2):207-14.
28. Dias MR, Soares F, Cardoso J, Carrão L. O bafo do gigante: um projecto de ludoterapia em educação para a saúde. In: Pais-Ribeiro JL, Isabel L, Jesus S. *Actas do 6o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA; 2006; p.667-72.
29. Golse B. Pensamento mágico e pensamento figurativo. In: Golse B. *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi; 2005; p.297-300.
30. Dias MR. Comunicação não-verbal no setting da consulta em odontopediatria. *Infad*. 2013;1(1):357-65.
31. Bottan ER, Silveira EG, Odebrecht CMDLR, Araújo SM, Farias MMAG. Relação entre ansiedade ao tratamento dentário e caracterização do "dentista ideal": estudo com crianças e adolescentes. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2010;51(1):19-23.
32. Silva PR. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24(4):505-12.
33. Dias MR, Neves AC, Costa AC, Duque A. O cariz simbólico do brincar. *Faíscas*. 2003;21:19-20.
34. Moraes H, Dias MR, Ventura I, Simões NP, Silva AR. Estudo exploratório sobre a comunicação não verbal no setting de consulta em odontopediatria. Poster Sess Present III Jornadas Ciências da Saúde. Monte da Caparica, Port: 2012.

Abstract

Introduction: a good oral health is essential to the existence of a good systemic health. Nevertheless, tooth decay is one of the major problems of public health of our days. Taking this into account, to combat this problem it is the duty of health professionals to promote patient education so that they can adopt habits that prevent the onset of the same disease or its recurrence. **Objectives:** to use pictograms and macro models in order to promote the cooperation and participation of the child, reinforcing the importance of non-verbal language in the dentistry setting. **Methods:** we created original health education instruments, mainly based on pictograms, for children between 5 and 7 years of age. **Results:** nonverbal communication allows a relational bond between therapist and child, enabling the continuity of work and active participation of the child. **Conclusion:** the application of pictograms in children in pediatric dentistry setting may be an asset in health education, promoting a more focused perspective on the patient as well as their active role in it.

Keywords: therapeutic setting, health education, pediatric dentistry, dental care for children.